



Division of
Women, Infants &
Children

Programa Suplementario de Alimentos Básicos
(CSFP)

Solicitud del participante

Formulario CSFP
0003

En vigencia a partir de
09/23/2024

Agencia local	Lugar de distribución
----------------------	------------------------------

Información del hogar (ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA) Para ser completado por el solicitante, miembro del hogar, representante autorizado o agencia encargada de determinar la elegibilidad.

Nombre del solicitante (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Código de área y número de teléfono
Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>	

¿Ha recibido alguna vez alimentos del Programa Suplementario de Alimentos Básicos? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿dónde? _____

Fecha en que el solicitante recibió por última vez alimentos del CSFP: _____

Descripción de ingresos	Cantidad	Frecuencia
Cantidad total de miembros del hogar	Ingresos brutos totales (antes de deducciones) de todos los miembros del hogar \$ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	Nota: Los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) no cuentan como ingresos.

Pautas de ingresos del CSFP (130 % de pobreza)

Por la presente, certifico que los ingresos de mi hogar son iguales o inferiores a las siguientes pautas: **Sí [] No []**

Cantidad de miembros del hogar	Anual	Mensual	Cantidad de miembros del hogar	Anual	Mensual
1	\$ 19,578	\$ 1,632	5	\$ 47,554	\$ 3,963
2	\$ 26,572	\$ 2,215	6	\$ 54,548	\$ 4,546
3	\$ 33,566	\$ 2,798	7	\$ 61,542	\$ 5,129
4	\$ 40,560	\$ 3,380	8	\$ 68,536	\$ 5,712
Por cada miembro adicional del hogar, agregue				\$ 6,994	\$ 583

NO DISCRIMINACIÓN:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en un programa del USDA, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del demandante, así como una descripción escrita de la presunta acción de discriminación lo suficientemente detallada como para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben enviarse al USDA por

- (1) correo : U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

Para obtener información adicional sobre asistencia, consulte la página siguiente.

Para obtener información sobre la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Visite <https://www.ssa.gov/> o busque la oficina local de la División de Recursos Familiares en <https://www.in.gov/fssa/dfr/ebt-hoosier-works-card/find-mylocal-dfr-office/>

Para obtener información sobre Medicaid o SNAP

Visite <https://fssabenefits.in.gov/bp/#/> para presentar una solicitud en línea

Busque su oficina local de la División de Recursos Familiares en <https://www.in.gov/fssa/dfr/ebt-hoosier-works-card/find-my-local-dfr-office/>

Reciba una copia de listados locales y mapa de la agencia local.

Solicite el programa de Ayuda Adicional de la Parte D de Medicare

El programa de Ayuda Adicional ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir o eliminar los costos de la Parte D.

La Parte D de Medicare proporciona cobertura de medicamentos. El programa Ayuda Adicional le ayuda con el costo de sus medicamentos recetados, como deducibles y copagos. Puede solicitar la Ayuda Adicional en cualquier momento antes o después de inscribirse en la Parte D.

Documentos que le ayudarán a prepararse

Reúna estos documentos para usted y su cónyuge:

- Extractos bancarios y declaraciones de impuestos
- Saldos de Cuenta Individual de Jubilación (IRA) o plan 401(k)
- Extractos de pensiones, prestaciones para veteranos, rentas anuales y beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

Solicite la Ayuda Adicional en línea en <https://secure.ssa.gov/i1020/Ee001View.action>

Si necesita ayuda para completar esta tarea programe una cita

Disponible en la mayoría de las zonas horarias de EE. UU. de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., en inglés, español y otros idiomas.

Llame al [+1 800-772-1213](tel:+18007721213)

Dígale al representante que desea programar una cita para solicitar la Ayuda Adicional de la Parte D. Llame al TTY [+1 800-325-0778](tel:+18003250778) si es sordo o tiene problemas de audición.

Obtenga más información sobre la Ayuda Adicional

Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para obtener más información sobre el programa Ayuda Adicional.

Coordinación Medicare/Medicaid

<https://www.cms.gov/medicare/medicaid-coordination/qualified-medicare-beneficiary-program>